

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

365

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges-Ernest GAUJOIN

Né à Suippes (Marne)

le 1^{er} Février 1883

Ancien Externe des Hôpitaux

Ancien Interne de la Maison Départementale de la Seine

SUR

UN PROCÉDÉ DE RÉSECTION

de l'articulation sterno-costo-claviculaire

POUR ARTHRITE TUBERCULEUSE

Président : M. SEGOND, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, Éditeurs

15, rue Racine, 15

—
1910

365



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges-Ernest GAUJOIN

Né à Suippes (Marne)

le 1^{er} Février 1883

Ancien Externe des Hôpitaux

Ancien Interne de la Maison Départementale de la Seine

SUR

UN PROCÉDE DE RESECTION

de l'articulation sterno-costo-claviculaire

POUR ARTHRITE TUBERCULEUSE

Président : M. SEGOND, professeur.

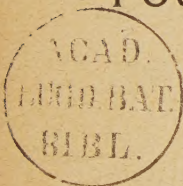
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, Éditeurs

15, rue Racine, 15

—
1910



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine.

Chirurgien de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1903-1905

MM. les professeurs PEYROT, CHAUFFARD
M. le Docteur BARIÉ

Externat 1905-1908

M. le professeur agrégé MAUCLAIRE
MM. LES D^{rs} DEMOULIN, LANDRIEUX, BARBIER,
CHAMPETIER-DE-RIBES

A LA MÉMOIRE DE M. LE D^r LAMY

A MES MAITRES DE L'INTERNAT DE LA MAISON DE
NANTERRE

M. le D^r LAUGIER, médecin de la Maison de Nanterre, chevalier de la Légion d'honneur.
M. le D^r SAPELIER, médecin de la Maison départementale et de la Crèche de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur.
M. le D^r E. REYMOND, chirurgien de la Maison départementale de la Seine.

SUR UN PROCÉDÉ DE RÉSECTION

de

l'articulation sterno-costo-claviculaire
POUR ARTHRITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

Notre maître, M. le Dr REYMOND, dans une communication au XVI^e Congrès international de Médecine et de Chirurgie (Budapest, août-septembre 1909), exposait brièvement un procédé de résection de l'articulation sterno-costo-claviculaire imaginé par lui après recherches sur le cadavre et exécuté déjà plusieurs fois sur des malades porteurs de tumeur blanche de cette articulation. Depuis lors, tous les malades atteints de cette affection, qui sont entrés dans le service de chirurgie de la maison de Nanterre, ont été traités suivant cette technique. Nous avons pu nous-même, grâce à la bienveillance de notre maître, nous rendre compte des difficultés de l'opération, et nous avons ainsi pu réunir huit cas de cette affection relativement rare. Les brillants

résultats obtenus, tant opératoires que fonctionnels, nous ont conduit à décrire dans notre thèse la technique de la résection sterno-costoclaviculaire, telle que la pratique notre maître.

Nous décrirons d'abord la tumeur blanche sterno-claviculaire en insistant : 1° sur l'anatomie pathologique dont l'étude nous a été facilitée par les pièces enlevées au cours des opérations et qui ont été conservées ; 2° sur les symptômes qui permettent d'affirmer le diagnostic. Nous rappellerons ensuite l'anatomie et les rapports de l'articulation, notions indispensables pour mener à bien l'opération, et nous terminerons par l'exposé de la technique de la résection.

Qu'il nous soit ici permis de remercier notre maître pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués pour la rédaction de cette thèse. Nous le prions d'agréer notre profond respect et toute notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

On considère actuellement la tuberculose comme une infection à porte d'entrée aérienne, digestive ou tégumentaire, qui, avant de se localiser à tel ou tel organe, fait un relai ganglionnaire cervical, trachéo-bronchique, mésentérique ou sous-cutané.

L'agent de la tuberculose ainsi introduit dans l'organisme n'a plus besoin que de causes secondaires pour se localiser à une articulation. Ces causes sont, pour l'articulation sterno-claviculaire, comme pour toutes les articulations en général, inhérentes à l'individu infecté ou à la jointure atteinte. Parmi les premières, nous signalerons les maladies infectieuses, les fièvres éruptives, la misère, le surmenage, qui représentent ici les causes générales comme pour toutes les manifestations tuberculeuses. Parmi les secondes, on a invoqué le traumatisme antérieur de l'articulation. Pour notre part, il nous a été impossible de déceler dans les antécédents de nos malades de traumatismes sérieux de la région.

Le sexe n'aurait probablement aucune influence si le surmenage physique ne rendait plus fréquente la tuberculose articulaire chez l'homme que chez la femme. Parmi nos 8 observations, nous trouvons en effet 6 hommes et 2 femmes. Si nous en croyons ces mêmes observations, nous voyons que *tous les âges* payent également leur tribut et que les vieillards n'en sont pas indemnes, bien qu'on ait dit que cette affection s'observait rarement chez eux.

Cette tumeur blanche est, du reste, *assez rare*, sinon la plus rare des manifestations articulaires de la tuberculose. Cependant, elle est peut-être plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire, car les abcès provenant de cette origine fusent dans différentes directions et un certain nombre de lésions, considérées comme ayant un point de départ costal ou sternal, ont débuté par elle.

Nous n'avons rien trouvé de spécial à signaler sur les occupations professionnelles.

Chez presque tous nos malades, la tumeur blanche sterno-claviculaire s'est développée après d'autres manifestations ostéo-articulaires de la tuberculose. Les lésions pulmonaires étaient très peu avancées.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire est, comme toutes les arthrites tuberculeuses, le plus souvent une ostéo-arthrite. C'est sur les extrémités osseuses qui concourent à la formation de l'articulation que nous trouverons le point de départ de la lésion, le foyer tuberculeux ouvert secondairement dans l'articulation. Nous n'avons pas rencontré une seule fois d'arthrite sans lésion osseuse primitive.

Nous verrons en étudiant l'anatomie que trois os concourent à la formation de l'articulation : la clavicule, le sternum, le premier cartilage costal. Au point de vue anatomo-pathologique plus encore qu'au point de vue anatomique, le premier cartilage costal fait partie de l'articulation.

Trois points de départ sont en effet possibles dans notre cas : la clavicule, le sternum, le premier cartilage costal. Sur 6 observations de résection par le procédé que nous décrivons, dont les pièces ont été conservées, nous retrouvons ces trois points de départ. Une seule fois il existait un foyer unique

sur la clavicule (obs. III). Dans un autre cas (obs. I) les trois os sont atteints, sans qu'on puisse déterminer lequel a été le premier envahi, dans 2 cas (obs VII et VIII) les lésions siègent uniquement sur le manubrium sternal. Enfin dans 2 cas également nous trouvons les lésions siégeant sur le premier cartilage costal (obs. VI) ou à la fois sur ce cartilage et la portion adjacente du sternum (obs. V).

Nous décrirons donc d'abord les lésions osseuses, qui sont le point de départ de l'affection pour dire ensuite quelques mots des lésions de la synoviale, des cartilages et des ligaments,

LÉSIONS OSSEUSES

Elles peuvent être *diffuses* ou *circonscrites*. Dans le premier cas il s'agit d'une ostéite envahissant avec une intensité variable, suivant la profondeur, toute la portion de tissu osseux spongieux, qui confine à l'articulation. Nous avons rencontré deux fois (obs. I et III) cette forme d'ostéite sur l'extrémité interne de la clavicule. Si on fait une coupe longitudinale de cette épiphyse, on trouve successivement : *a*) une zone d'infiltration lie de vin qui correspond à une zone de congestion et de prolifération cellulaire ; *b*) une zone d'infiltration grise, couche d'os mou bourré de follicules tuberculeux ; *c*) une zone d'infiltration puriforme avec des taches jaunes formées par de la matière ramollie remplissant les aréoles.

Les formes circonscrites sont représentées par le tubercule enkysté. On le rencontre isolé sur l'une ou l'autre des extrémités articulaires, quelquefois sur les deux épiphyses. Il constitue une véritable *caverne tuberculeuse* (LANNELONGUE). Son contenu plus ou moins consistant, qui résulte de la dégénérescence simultanée des follicules et du tissu osseux intermédiaire est enclos par une membrane pyogénique, susceptible de s'accroître. Nous l'avons rencontré entouré par une zone d'ostéite condensante de coloration brune et mate. Le contenu de cette caverne s'élimine dans l'articulation, par l'intermédiaire de la fistule qui y débouche.

LÉSIONS SYNOVIALES

Elles se présentent avec un aspect polymorphe dû à une série d'altérations depuis la simple congestion jusqu'à la membrane pyogénique en passant par la fongosité plus ou moins vasculaire, plus ou moins organisée. La dégénérescence caséreuse généralisée à toute la synoviale constitue l'abcès froid articulaire. La forme fongueuse est la plus commune et la plus importante. La fongosité est en effet la réaction classique des synoviales vis-à-vis de la tuberculose. Les fongosités apparaissent comme des excroissances charnues qui végétent et remplissent la cavité articulaire. Elles aboutissent finalement à la caséification totale ou partielle, ou à la sclérose.

LÉSIONS DES CARTILAGES

Ils sont ulcérés et perforés par les fongosités, quelquefois même complètement décollés. Dans plusieurs de nos observations le cartilage articulaire de la clavicule et même le ménisque interarticulaire avaient presque complètement disparu.

LÉSIONS DES LIGAMENTS

Entourés ou recouverts de fongosités les ligaments sont progressivement ramollis, dissociés ou désinsérés. C'est ainsi que le pus intra-articulaire peut se faire jour au dehors et venir former un abcès froid saillant sous la peau.

L'abcès froid d'origine sterno-claviculaire se développe le plus souvent immédiatement en avant de l'articulation. Le plan fibreux rétro-sterno-costal lui offre une barrière plus résistante, ce qui explique la rareté des abcès du médiastin de cette origine. En avant de l'articulation trois directions sont possibles et nous les avons rencontrées toutes les trois. Le pus quand il n'est pas très abondant reste directement en avant de l'articulation, bridé par les insertions du grand pectoral. S'il devient plus abondant il fuse suivant la direction des fibres de ce muscle et c'est ainsi que chez une de nos malades la tumeur sié-

geait au-dessous du sillon delto-pectoral à quelques centimètres en dehors de l'article et était venu s'ouvrir à la partie externe de ce sillon. Enfin le pus peut plus rarement remonter vers la région cervicale en suivant le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Nous avons rencontré une fois cette disposition (obs. VIII).

CHAPITRE III

SYMPTOMES

L'affection *début*e insidieusement par un des symptômes suivants : tantôt le malade éprouve dans la région sterno-claviculaire une douleur spontanée qui attire son attention de ce côté ; tantôt et le plus souvent c'est à l'occasion des mouvements et particulièrement en soulevant des charges un peu lourdes avec la main du côté correspondant que la douleur se manifeste. La douleur spontanée revêt un caractère et une intensité variables suivant les individus. Très faible chez les uns qui viennent consulter alors qu'un abcès assez volumineux s'est déjà développé, elle est chez d'autres assez vive pour les gêner dans leurs occupations alors qu'on ne trouve encore que peu de chose à l'examen de la région. Localisée le plus souvent au niveau de l'articulation malade, la douleur spontanée peut s'accompagner de douleurs irradiées dans la région cervicale ou dans la nuque du côté malade.

Celles-ci prennent quelquefois une telle intensité qu'elles inquiètent seules les malades. C'est ainsi

qu'un de nos malades se plaignait uniquement de douleurs au niveau du trapèze et ne s'était même pas aperçu de la tuméfaction d'ailleurs légère de son articulation.

Tous les mouvements qui se communiquent à l'articulation sont susceptibles d'exaspérer la douleur spontanée. C'est ainsi qu'agissent le rire, la toux, l'éternuement, les mouvements respiratoires violents ou les mouvements du membre supérieur du côté malade.

Etat. — En même temps que la douleur est apparu le gonflement de la région malade. Il s'agit d'une tuméfaction de volume variable atteignant tantôt la grosseur d'une noix, tantôt le volume d'une mandarine. La peau qui au début n'a pas changé de coloration et glisse sur la tumeur sous-jacente devient ensuite rosée puis rouge, d'apparence amincie et donnant la sensation d'une rupture imminente. La tuméfaction siège généralement immédiatement en avant de l'articulation malade. Lorsqu'un abcès s'est développé il peut fuser, soit vers le sternum, soit vers le sterno-mastoïdien (obs. VIII), soit vers le premier espace intercostal.

A la palpation la tumeur est molle et pâteuse, quand une collection purulente est formée on peut constater de la fluctuation. La température locale est peu ou pas modifiée. La tumeur est complètement immobile et adhérente au plan profond. La palpation du squelette a une importance particulière. On doit explorer méthodiquement les trois os

qui prennent part à la formation de l'articulation. On commencera donc par palper la clavicule vers sa partie moyenne, en se rapprochant peu à peu de son extrémité interne. Puis on explorera la partie adjacente du sternum et enfin le premier cartilage costal. On trouvera sur un des trois os ou sur plusieurs d'entre eux un point douloureux très net correspondant à la lésion qui est le point de départ de l'ostéo-arthrite. Souvent aussi l'interligne articulaire est douloureux à la pression. Dans tous les cas *la pression sur le premier cartilage costal est nettement douloureuse*. Chez une de nos malades porteuse d'une fistule (obs. IV) la pression à ce niveau faisait sourdre par l'orifice de la fistule une petite quantité de pus.

La douleur peut encore être réveillée par la percussion de l'épaule du côté malade, l'autre épaule étant immobilisée. Enfin on explorera les mouvements du membre supérieur correspondant. Les mouvements, tant actifs que passifs, ne sont en général que peu diminués, mais réveillent la douleur dans l'articulation malade. Si l'on cherche à faire exécuter des mouvements à la clavicule, on perçoit quelquefois des frottements rugueux : ligaments et cartilages ont disparu. Lorsqu'il existe une fistule, on explorera son trajet avec un stylet et on pourra souvent se rendre approximativement compte des lésions osseuses sous-jacentes.

L'état général du malade reste satisfaisant lorsque l'arthrite-sterno-claviculaire est la seule manifestation tuberculeuse dont il est porteur. Tout se limite

alors à une douleur sourde, exaspérée par les mouvements et à une impotence plus ou moins grande du membre supérieur.

Il n'y a pas d'élévation de la température. Malheureusement, cette affection atteint souvent des malades porteurs de tuberculose pulmonaire avérée et on les trouve alors dans un état de dénutrition et de cachexie correspondant au degré d'évolution de leurs lésions pulmonaires.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS

L'abcès froid sterno-claviculaire abandonné à lui-même, finit par s'ouvrir à la peau. Il en résulte une fistule interminable avec tous ses inconvénients. Mais, au cours de son évolution, il peut se déclarer des complications d'ordres divers. Ce sont surtout des complications *locales* dont la plus fréquente est représentée par la *luxation* de l'extrémité interne de la clavicule. Les ligaments ont été désinsérés et, sous l'influence du moindre effort, la tête de la clavicule abandonne la facette sternale.

La proximité de la plèvre explique qu'il puisse se produire des complications pleurales ; ce sont les *pleurésies* simples de voisinage, la *tuberculose pleurale*, le *pneumothorax*. Ces affections se traduisent par leurs signes ordinaires.

On peut encore observer l'*abcès du médiastin*, le pus ayant fusé en arrière de l'articulation, ou l'ulcération des gros vaisseaux voisins (mammaire interne).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Il n'est difficile qu'au début, lorsque les fongosités sont absentes ou très peu abondantes.

Le rhumatisme aigu est polyarticulaire. Il s'accompagne d'un état fébrile et infectieux qu'on ne rencontre guère que dans la tuberculose aiguë. On se baserait alors sur la coexistence de lésions viscérales pour soupçonner la nature tuberculeuse de l'arthrite.

Le rhumatisme chronique est souvent pluri-articulaire et ne s'observe que chez les vieillards.

L'arthrite blennorragique se localise assez fréquemment à l'articulation sterno-claviculaire. Mais la confusion n'est guère possible. Elle a un début brusque ; il s'agit le plus souvent de sujets vigoureux, sans aucune tare ; enfin l'examen de l'urètre suffit quelquefois à lever tous les doutes.

Les arthrites infectieuses, et parmi elles l'*arthrite puerpérale* a été signalée comme ayant une prédilection pour l'articulation sterno-claviculaire, seront diagnostiquées par la notion étiologique.

L'ostéo-sarcome ne pourrait ici prêter à confusion qu'au début, alors qu'il n'existe que des douleurs ostéocopes. Plus tard, l'hypertrophie évidente de l'extrémité claviculaire lèverait tous les doutes.

L'ostéo-arthrite syphilitique tertiaire est indolente. Dans le doute on recherchera d'autres lésions tertiaires sur le squelette ou sur les parties molles et on insistera sur les antécédents du malade. Le traitement spécifique finira au besoin par trancher la question du diagnostic.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic de la tumeur blanche sterno-claviculaire ne présente rien de spécial. Il dépend avant tout de l'état général du malade, de la bénignité ou de la gravité des lésions viscérales. Si malgré la lésion articulaire l'état général est resté bon, la lésion locale a beaucoup de chance de guérir.

D'autre part, l'âge du sujet est d'une grande importance. La guérison est d'autant plus rapide et plus parfaite que le malade est plus jeune.

Le pronostic sera du reste rendu moins grave par le traitement. Il n'existe chez l'adulte pas d'autres contre-indications à la résection de l'articulation malade que les contre-indications d'ordre général (lésions du rein, du foie, tuberculose viscérale avancée). A la suite de la résection le traitement général aidera à la guérison qui surviendra le plus souvent rapidement si toutes les parties malades ont été enlevées.

CHAPITRE VII

ANATOMIE

L'articulation sterno-chondro-claviculaire qui réunit le membre supérieur au thorax est formée par trois pièces du squelette : sternum, clavicule, premier cartilage costal que séparent un fibro-cartilage intra-articulaire.

SURFACES ARTICULAIRES

L'extrémité interne de la *clavicule* présente une surface articulaire allongée de haut en bas qui n'occupe que les deux tiers inférieurs de cette extrémité. Par contre, cette surface s'étend de 4 à 5 millimètres sur la face inférieure de l'os, du côté correspondant au premier cartilage costal. Elle est entourée de rugosités qui répondent à l'insertion des ligaments.

Sur le *sternum* on trouve une encoche allongée de haut en bas moins large que la facette claviculaire.

Le *premier cartilage costal* dépend de l'articulation en ce qu'il y est rattaché d'une part par le

ménisque, d'autre part par le ligament costo-claviculaire.

FIBRO-CARTILAGE INTRA-ARTICULAIRE. — Celui-ci revêt le plus fréquemment la forme d'un ménisque épais dans sa partie supérieure, et mince inférieurement. Il est quelquefois perforé au centre. Il est formé d'un tissu fibro-cartilagineux dont les faisceaux fibreux vont se fixer : 1° au pourtour de la facette claviculaire ; 2° à l'appareil ligamenteux de l'articulation ; 3° sur le cartilage de la première côte, s'unissant à ce niveau avec les fibres du ligament qui unit celui-ci au sternum.

LIGAMENTS

La capsule de l'articulation sterno-costo-claviculaire présente quatre renforcements, antérieur, supérieur, postérieur et inférieur. De plus, il existe un ligament inter-claviculaire qui unit les deux clavicules.

Ligament sterno-claviculaire antérieur. — Il s'insère en avant et au-dessus de la facette claviculaire, descend sur la face antérieure de l'articulation et va s'attacher au pourtour antérieur de l'encoche sternale.

Ligament sterno-claviculaire postérieur. — Il est formé de fibres courtes et fortes unissant transversalement la partie postérieure du pourtour des surfaces articulaires. Il affecte des rapports importants

avec les muscles sterno-cléïdo-hyoïdien et sterno-thyroïdien.

Ligament sterno-claviculaire supérieur. — Il unit transversalement les rugosités qui surmontent les facettes articulaires de la clavicule et du sternum.

Ligament inter-claviculaire. — Il unit la partie supérieure et postérieure des extrémités internes des clavicules, passant transversalement au-dessus de la fourchette sternale dont il comble en partie la cavité.

Ligament inférieur ou costo-claviculaire. — Il est constitué par des trousseaux fibreux allant du premier cartilage costal à la clavicule. Il est oblique de bas en haut et de dedans au dehors. Il est formé de deux plans de fibres séparés par une bourse séreuse qui, dans des cas rares, communique avec la synoviale de l'articulation.

SYNOVIALES

Elles sont au nombre de deux séparées ou réunies suivant que le fibro-cartilage interarticulaire est perforé ou non.

RAPPORTS

Nous étudierons ici d'abord les insertions musculaires qui viennent se faire au pourtour de l'articulation et dont la section est nécessaire au cours de l'intervention,

Le grand pectoral recouvre en partie l'articulation par son origine. Il naît en effet des deux tiers internes du bord antérieur de la clavicule, de la face antérieure du sternum et des six premiers cartilages costaux.

En avant de l'articulation, nous trouvons encore le muscle *sterno-cléido-mastoïdien*. Celui-ci vient s'insérer à la fois sur la clavicule et le sternum. Le chef sternal s'insère sur la face antérieure du manubrium au-dessous et en dedans de l'encoche claviculaire. Les chefs claviculaires sont au nombre de deux : le chef superficiel cléido-occipital s'insère sur la face supérieure de la clavicule sur une longueur de 2 à 4 centimètres ; le chef profond cléido-mastoïdien s'insère en arrière du précédent à l'union des faces postérieure et supérieure de la clavicule.

En arrière de l'articulation nous trouvons les insertions de deux autres muscles :

Le sterno-cléido-hyoïdien naît de la face postérieure de l'extrémité interne de la clavicule, du ligament costo-claviculaire et de la partie voisine du sternum.

Le sterno-thyroïdien naît de la face postérieure du sternum au-dessous du précédent et de la face postérieure du premier cartilage costal.

Au delà de ces muscles nous trouvons :

L'artère mammaire interne qui chemine à ce niveau sur le versant antérieur du dôme pleural en passant sous la veine sous-clavière. Elle répond à l'extrémité interne de la clavicule et du cartilage de

la première côte. Elle est accompagnée de deux veines et de ganglions lymphatiques.

Le nerf phrénique croise à ce niveau la mammaire passant en arrière et en dedans d'elle en contournant sa face interne.

Plus en arrière nous trouvons le pneumogastrique, le tronc artériel brachio-céphalique et la grande veine lymphatique à droite ; la carotide primitive à gauche.

Tels sont les rapports importants indispensables à connaître pour réséquer l'articulation.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

La thérapeutique de la tumeur blanche sterno-claviculaire doit comporter un double traitement général et local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — C'est celui de la tuberculose. Il consiste dans le repos, la vie au grand air, la suralimentation et une médication appropriée à l'état général du sujet. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet bien connu. Nous ajouterons seulement qu'il doit toujours être associé au traitement local qui sans lui perdrait une partie de sa valeur.

TRAITEMENT LOCAL. — Nous signalerons les méthodes non sanglantes qui se résument à la révulsion, les pointes de feu profondes, les injections intra-articulaires et qui ne sont que des moyens accessoires.

Le véritable traitement consiste dans l'intervention sanglante : celle-ci sera la *réssection de l'articulation* malade. Or, nous avons vu en étudiant l'anatomie pathologique que les trois os qui concourent

à l'articulation peuvent être le point de départ de l'ostéo-arthrite. D'autre part, nous n'avons trouvé cliniquement aucun signe certain qui permette d'affirmer que la lésion a débuté sur telle ou telle des extrémités osseuses. Il semble donc rationnel de faire porter la résection sur les trois éléments de l'article. On les enlèvera en bloc, ce qui rendra l'opération plus facile, plus rapide, plus complète, et permettra en n'ouvrant pas l'articulation de diminuer les chances de propagation tuberculeuse.

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION

1° L'*incision cutanée* a la forme d'un L couché à angle arrondi. Elle part de la partie médiane de la clavicule, passe sur la tumeur et arrive à la ligne médio-sternale qu'elle dépasse légèrement. A ce niveau, elle s'incurve pour redescendre verticalement jusqu'à la hauteur du deuxième ou troisième espace intercostal. Cette incision sera faite d'emblée à fond, comprenant toutes les parties molles jusqu'à l'os. Les insertions du grand pectoral seront donc sectionnées dans ce premier temps. On réclinera alors en bas, en totalité le lambeau ainsi délimité. On traitera celui-ci à la fin de l'opération s'il y a lieu, en enlevant les parties fongueuses du grand pectoral et des tissus mous ;

2° La face antérieure de l'articulation apparaît à nu. On *sectionne* alors au ras de la clavicule les

insertions des deux chefs du *sterno-cléido-mastoïdien*, puis en un point plus ou moins éloigné de l'articulation, suivant l'étendue des lésions, on rugine la clavicule sur tout son pourtour ;

3° On *sectionne* alors la *clavicule*. Cette section peut se faire d'un coup de cisaille ou avec une scie à chaîne. Nous employons de préférence la scie de GIGLI pour toutes les sections osseuses de cette opération. Celles-ci nous ont paru plus faciles par ce procédé. Le fragment interne de la clavicule est libéré de ses adhérences à la rugine jusqu'au niveau de l'articulation et du ligament costo-claviculaire qui sont respectés ;

4° Plaçant alors le doigt recouvert d'une compresse au niveau de la fourchette sternale, on essaie de détacher et de refouler en arrière les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien. On peut, si cela est nécessaire, s'aider de la rugine ou du bistouri surtout pour la section du tendon sterno-cléido-hyoïdien. Les muscles ainsi repoussés entraînent avec eux l'artère mammaire interne qui s'éloigne de la paroi. On dégage le plus possible l'extrémité interne du premier espace intercostal et on effondre celui-ci sur le doigt de dehors en dedans avec un instrument mousse. Passant alors une pince de la fourchette sternale au premier espace intercostal, on y place la scie de GIGLI. On sectionne le plus loin possible la partie articulaire du manubrium sternal. Cette section de même que celle du premier cartilage qui reste à faire sera très oblique de dedans en dehors,

et d'arrière en avant. Ceci permettra d'avoir une plaie à bords moins tranchants sur laquelle le lambeau cutané pourra mieux venir s'appliquer ;

5° On soulève alors la portion sterno-claviculaire sectionnée soit avec un davier, soit en la cravatant d'un champ opératoire et on termine de dehors en dedans la *dénudation de la face postérieure* de l'articulation et du premier cartilage. Puis, suivant les cas, on luxe celui-ci sur la première côte ou s'il est ossifié comme nous l'avons trouvé plusieurs fois, on le sectionne très obliquement à la scie de GIGLI. L'articulation a été enlevée en masse.

Si l'opération a été bien menée, on se trouve en présence d'une cavité à bords obliques dans le fond de laquelle on aperçoit les fibres des muscles rétro-sternaux détachés de leurs insertions. La mammaire interne a été refoulée et on aperçoit la plèvre au-dessous des faisceaux musculaires.

6° On nettoie enfin le lambeau cutané-musculaire en le débarrassant des fongosités et on cautérise la plaie avec une solution de chlorure de zinc. Drainage au point déclive et suture cutanée aux crins. Le bras du malade sera pris dans le pansement pendant les premiers jours.

SUITES OPÉRATOIRES. -- Le pansement est changé au bout de vingt-quatre heures. Il s'est écoulé habituellement en assez grande abondance un liquide séreux ou séro-purulent suivant les cas. Le drain sera supprimé le plus tôt possible en tenant compte

de l'abondance de l'exsudation. Les crins sont enlevés le dixième jour.

La *température* reste normale s'il n'y a pas de complications. Mais chez les malades porteurs de lésions pulmonaires on a trop souvent une poussée de fièvre passagère due à la congestion au niveau du foyer pulmonaire.

Souvent dès les premiers pansements les malades se servent de leur bras sans difficulté. Il ne leur reste, en tout cas, aucune impotence fonctionnelle du côté opéré quelques semaines après l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

G. L..., quarante-sept ans, journalier.

Entre dans le service de chirurgie de la Maison de Nanterre le 26 janvier 1909.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires du malade.

Antécédents personnels. — A trente ans, fistule anale opérée à l'Hôtel-Dieu. Il y a un mois douleurs dans le creux sus-claviculaire gauche avec irradiation dans la nuque. Quelques jours après le malade perçoit une petite tuméfaction arrondie au niveau de la tête de la clavicule. Cette tuméfaction augmente peu à peu, sans autre phénomène que quelques douleurs dans la région.

Examen. — Tuméfaction à contours assez irréguliers siégeant au niveau de l'articulation sterno-claviculaire du côté gauche, ayant les limites suivantes : en haut un travers de doigt au-dessus de la clavicule ; en bas troisième côte ; en dedans, ligne médiane ; en dehors, 10 centimètres en dehors de cette ligne. Deux prolongements, l'un en haut entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, l'autre en bas et en dehors suivant les fibres du grand pectoral. Pas de modifi-

cation de la température locale. La peau glisse facilement sur les plans sous-jacents. La tumeur n'est pas mobile sur le squelette. Fluctuation très nette. Pas d'expansion à la palpation. Pas de souffle à l'auscultation. Douleur très nette à la pression au niveau de la fourchette sternale, de la face supérieure de la clavicule, du premier cartilage costal.

Appareil circulatoire. — Athérôme de toutes les artères perceptibles. Pouls tendu. Pas de différence entre les deux pouls radiaux.

Poumons. — Toux légère sans expectoration. En avant, percussion difficile à gauche à cause de la tumeur. A droite submatité.

Auscultation. — Respiration rude humée.

En arrière submatité des deux sommets. Respiration rude à gauche, très obscure à droite.

Appareil digestif. — Appétit conservé. Pas de trouble de la déglutition.

Urines. — Pas d'albumine.

Opération, 4 février 1909. — Incision curviligne dont la branche supérieure court sur le bord interne du sterno-mastoïdien et la partie inférieure enveloppe la tumeur pour se diriger dans l'aisselle parallèlement aux fibres du grand pectoral, on rejette le lambeau en dehors. Section de la partie inférieure des chefs sterno-cléido-mastoïdiens qui adhèrent entre eux et à la tumeur. Celle-ci est enlevée en masse, en laissant après elle la partie correspondante du sterno-mastoïdien. Au cours de l'opération l'artère mammaire a été blessée.

Suites opératoires. — Le 10 février ablation du drain. Dès ce moment le malade peut se servir de son épaule

gauche. Pour s'asseoir sur son lit, il s'appuie solidement et sans douleur sur le bras de ce côté.

Le douzième jour après l'opération le malade a une hémorragie assez abondante provenant de la blessure de la mammaire. Un tamponnement serré arrête l'hémorragie. Ablation de ce pansement quarante-huit heures après. Nouvelles hémorragies qui affaiblissent le malade. La plaie est alors débridée et l'artère mammaire pincée. On laisse la pince à demeure mais le malade décède dans la journée, trois semaines après l'opération.

Examen de la pièce. — La tête de la clavicule est hyperostotée et très ramollie. Le cartilage de la face articulaire a complètement disparu. Le ramollissement s'étend jusqu'à 3 centimètres de l'extrémité. Sur la portion sterno-costale, on constate qu'il existe également des lésions étendues. Les fibres du grand pectoral sont soulevés par des masses caséuses adhérentes au sternum. Le cartilage articulaire du sternum a également disparu et il existe un foyer d'ostéite sur la partie de l'os adjacente au premier cartilage costal et sur celui-ci. A la partie postérieure de l'articulation on retrouve des masses caséuses semblables à celles de la face antérieure. Le ménisque intra-articulaire n'existe pour ainsi dire plus.

. OBSERVATION II

P. P..., soixante seize ans, boulanger, entré dans le service le 24 août 1909.

Antécédents héréditaires. — Parents morts à un âge avancé.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à trente ans, pas d'autres maladies antérieures, pas de syphilis. Il y a cinq ans le malade est venu dans le service pour tuberculose costale. Il avait à ce moment un abcès au niveau des première et deuxième côtes gauches et un autre au niveau de la neuvième côte gauche sur la ligne axillaire. Opéré le 27 janvier 1904 par M. De Pezzer. L'abcès de la neuvième côte guérit, mais celui des première et deuxième côtes nécessita une seconde intervention (mars 1904, M. Reymond) au cours de laquelle on réséqua les deux côtes sur toute l'étendue malade. Le malade revient dans le service en 1907 pour abcès froid situé sous le grand pectoral. Opéré en novembre par M. Reymond.

Actuellement, il existe au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite une tumeur du volume d'un œuf étalée, à contours indécis. La peau ne présente pas de changement de coloration à son niveau, et il n'y a pas d'élévation de la température locale.

A la palpation, la tumeur est tendue et la fluctuation très difficile à percevoir. La douleur provoquée par les mouvements étendus du bras est réveillée par la pression sur la première côte, la tête de la clavicule et la partie attenante du sternum.

Poumons. — Le malade a commencé à tousser il y a cinq ans ; actuellement toux rare, expectoration assez abondante. Jamais d'hémoptysie. A l'auscultation, en avant des deux côtes, inspiration humée, expiration soufflante et prolongée. En arrière submatité aux deux sommets. Râles de bronchite disséminés.

Cœur. — Deuxième bruit clangoreux à la base. Artères dures.

Pas d'albumine.

Opération le 28 mai. — Rien de spécial à signaler au cours de l'intervention.

La pièce n'ayant pas été conservée nous n'avons pu en faire l'examen.

Suites opératoires. — La température reste normale. Les crins sont enlevés le huitième jour. La suppuration est légère. Le drain est complètement supprimé au bout de trois semaines. Le malade se sert dès lors parfaitement de son bras. Il sort guéri le 28 juin, un mois après l'opération.

OBSERVATION III

A. D., cinquante-huit ans, manœuvre, entre dans le service le 8 septembre 1909.

Antécédents héréditaires. — Père mort asthmatique à quatre-vingts ans, mère morte cardiaque à soixante-quatre ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures graves, pas de syphilis. Le malade se rappelle seulement qu'étant tout jeune il était sujet aux maux de gorge.

La tuméfaction qui amène le malade dans le service a débuté il y a environ un mois. Il s'est aperçu que les mouvements du bras gauche devenaient douloureux. Il n'y avait pas de douleur spontanée. La tumeur a augmenté peu à peu et est actuellement du volume d'un œuf. La peau a rougi depuis quelques jours, ce qui a décidé le malade à venir consulter.

Examen. — La palpation de la tumeur fait percevoir une fluctuation très nette. Pas de différence notable dans la température locale. La douleur est très vive à la pression des trois os formant l'articulation. La percussion de l'épaule du côté malade réveille la douleur dans l'articulation.

A l'examen des poumons on ne trouve pas de signe de tuberculose. Le malade n'a du reste jamais toussé.

Bruits du cœur bien frappés. Artères dures. Urines : pas d'albumine.

Opération le 13 septembre 1909. — Opération facile. Rien de particulier à signaler.

Suites opératoires. — Très simples. La température ne s'élève pas au-dessus de 37°5. Ablation du drain et des crins au bout de dix jours. Dès les premiers jours le malade se sert de son bras. Un mois et demi après l'opération il quitte le service.

OBSERVATION IV

H. M..., soixante-deux ans, modiste, entrée dans le service le 14 décembre 1909.

Antécédents héréditaires. — La malade ne peut fournir aucun renseignement à ce sujet.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Opérée de hernie crurale il y a quatre ans à Beaujon. Il y a un an est apparue une tuméfaction dans la région claviculaire gauche ; cette tuméfaction augmenta de volume assez rapidement, rougit, et la malade entra à Beaujon dans le service de M. Michaud, où on l'incisa sans anesthésie. Depuis lors, persiste une cicatrice rougeâtre adhérente avec une fis-

tule donnant du pus en assez grande abondance. La pression sur la clavicule est douloureuse. La pression sur le premier cartilage costal réveille des douleurs, et fait sourdre par l'orifice de la fistule une petite quantité de pus. L'exploration au stylet du trajet fistuleux conduit sur l'extrémité claviculaire dénudée et la partie adjacente du sternum. La percussion de l'épaule gauche n'est pas douloureuse. Les mouvements du bras font ressentir la douleur dans l'articulation malade.

Poumons. — Signes d'induration des deux sommets. La malade aurait eu une légère hémoptysie l'hiver dernier.

Rien au cœur.

La malade refuse l'opération et quitte le service.

OBSERVATION V

J. P..., trente-quatre ans, garçon de restaurant, entré dans le service le 29 décembre 1909.

Antécédents héréditaires. — Père mort de chaud et froid à soixante ans. Un frère mort de méningite à vingt-six ans.

Antécédents personnels. — Erisypèle à vingt ans. Il y a huit mois le malade eut une pleurésie pour laquelle il resta quatre mois à l'hôpital Broussais où il fut ponctionné trois fois. Depuis trois semaines, il s'est aperçu qu'il souffrait lorsqu'il soulevait une charge un peu lourde. Il remarqua alors une tuméfaction siégeant au niveau de la région sterno-claviculaire gauche. Celle-ci a augmenté progressivement. Actuellement elle atteint le volume d'une noix. La peau a gardé ses caractères normaux et n'est pas adhérente. La tumeur est

immobile sur les plans profonds. A la palpation, empatement diffus sans fluctuation nette. La pression sur le cartilage de la première côte est très douloureuse. La clavicule et le sternum sont également sensibles à la pression. Il existe une douleur spontanée à l'occasion des mouvements du bras. Les mouvements provoqués de l'épaule en arrière sont également douloureux.

Poumons. — L'examen des poumons révèle l'existence des signes de tuberculose à la période d'induration.

L'examen du cœur ne fait constater rien d'anormal.

Urines. — Pas d'albumine.

Opération. — 4 janvier 1910. — Incision ordinaire. Le volet cutané est rabattu, entraînant avec lui la tumeur molle qui se détache de l'os en laissant écouler une petite quantité de pus peu épais. Section de la clavicule à l'union du tiers interne et de deux tiers externes. Section du sternum à la scie de Gigli. Le premier cartilage costal ossifié est également scié. Pendant qu'on effondrait le premier espace intercostal, est sorti une petite quantité de pus provenant de la face profonde du premier cartilage. Hémostase presque nulle.

Examen de la pièce. — On remarque à la partie postérieure de l'articulation, à l'union du premier cartilage costal, à sa partie supérieure avec le sternum, une sorte d'érosion rougeâtre circulaire du diamètre d'une lentille produite par la disparition du cartilage à ce niveau. La coupe transversale une fois faite, permet de constater, d'une part, les lésions articulaires, d'autre part, celles du premier cartilage costal très augmenté de volume, très déformé, d'une dureté marmoréenne. Il paraît en résulter que le point de départ de la lésion siégeait à ce niveau et a atteint secondairement

l'articulation. Ceci expliquerait la prédominance des lésions articulaires dans la loge sternale. Du reste le ménisque est en bon état, la clavicule ne semble pas malade.

Suites opératoires. — La température monte pendant trois jours aux environs de 39 degrés. Cette fièvre est sous la dépendance d'une poussée pulmonaire.

On supprime le drain et les crins vers le dixième jour. La plaie est complètement guérie au bout d'un mois. Le malade exécute sans douleur tous les mouvements du bras.

Malheureusement, une méningite tuberculeuse emporta notre opéré quelques semaines après.

OBSERVATION VI

W. A..., soixante ans, maître d'hôtel, entré dans le service de chirurgie le 4 janvier 1910.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de suites de couches. Pas d'autre renseignement à ce sujet.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Pas de syphilis. Il y a cinq semaines est apparue une douleur spontanée dans la région du trapèze du côté droit. Cette douleur était exaspérée par les mouvements du bras, principalement quand le malade soulevait des fardeaux. Le malade vint consulter pour cette douleur et on s'aperçut qu'il existait au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite une légère tuméfaction.

Cette tuméfaction atteint le volume d'une noix. Elle s'étend vers l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien. A ce niveau, la peau est normale et n'a pas contracté d'adhérences

avec la tumeur. Celle-ci est de consistance dure, nullement fluctuante. La pression au niveau des insertions du sterno-mastoïdien est très douloureuse. Sur le cartilage de la première côte, la douleur à la pression est beaucoup plus faible.

Les mouvements communiqués au bras n'éveillent qu'une douleur très sourde. Par contre, les mouvements de la tête, et particulièrement l'extension, sont nettement douloureux.

A l'examen des poumons, on ne trouve que quelques râles de bronchite disséminés.

Le cœur est normal ; il n'existe pas de sclérose marquée des artères.

L'examen des urines fait constater l'absence d'éléments pathologiques.

Opération. — 15 janvier 1910. — Incision ordinaire. On rabat en bas le lambeau ainsi délimité. Section de la clavicule à la scie de Gigli à 0 m. 03 du ligament costo-claviculaire. Section au bistouri des insertions du sterno-hyoïdien ; refoulement à la compresse des insertions du sterno-thyroïdien. Libération facile de la face postérieure de l'articulation. Le cartilage de la première côte complètement ossifié est également sectionné à la scie de Gigli. L'articulation est enlevée en bloc. A la partie inférieure de la plaie, on aperçoit à travers une déchirure des tissus rétro-sternaux la face externe de la plèvre, mobile avec les mouvements respiratoires.

Nettoyage et cautérisation du lambeau cutané. Hémostase à peu près nulle. Drainage et suture aux crins.

Examen de la pièce. — Les trois éléments sont en place, mais la cavité articulaire a été ouverte en soulevant le tiers

interne de la clavicule. Par l'orifice, on peut constater les lésions articulaires. La coupe du manubrium a une étendue un peu moins grande qu'une pièce de 5 francs. Le sternum est donc hyperostosé à ce niveau.

Sur le premier cartilage costal on constate une modification dans la nature des tissus et dans leur volume. Le cartilage est aussi dur que l'os avoisinant. Il a pris un volume tel qu'il fait, par rapport à la côte et au-devant d'elle, une saillie de 2 centimètres d'épaisseur environ. Le section a porté sur la côte elle-même.

La coupe transversale de l'articulation montre que les lésions siègent uniquement sur le cartilage costal. On y trouve un foyer bacillaire des dimensions d'une lentille, ouvert dans l'articulation.

Le sternum et la clavicule ne présentent pas de foyer d'ostéite.

Suites opératoires. — Très simples. La température ne s'élève pas au-dessus de 38 degrés. Le drain est supprimé dès le troisième jour, et le malade quitte le service complètement guéri trente-deux jours après l'opération.

OBSERVATION VII

B. E..., soixante-cinq ans, entrée dans le service le 7 avril 1910.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de paralysie à soixante-huit ans. Une fille morte à trois ans de tumeur blanche du genou.

Antécédents personnels. — A vingt-cinq ans, névralgie

faciale, tenace, ayant duré plusieurs années. Deux érysipèles de la face à un an de distance. Vers trente-cinq ans, douleur dans l'oreille droite, suivie d'abcès et d'otorrhée. En 1904, la malade est entrée dans le service où elle subit un grattage pour ostéite de la bosse frontale droite. Elle sortit guérie au bout de deux mois. En 1905, elle revient pour ostéite bacillaire de la clavicule droite. Résection partielle : guérison. En 1908, tuberculose du pariétal droit : trépanation : guérison. A cette époque, la malade porte déjà une tumeur blanche du genou pour laquelle elle refuse l'amputation. Elle revient l'année suivante, et on lui ampute la cuisse droite.

Actuellement, on constate une tuméfaction de la région pectorale gauche qui s'est développée depuis quelques mois. Celle-ci est allongée dans le sens des fibres du grand pectoral, s'étendant de l'articulation sterno-claviculaire en dedans à 0 m. 10 en dehors, et du bord inférieur de la clavicule en haut à la deuxième côte en bas. A la partie externe de cette tumeur existe une fistule par laquelle la pression sur la tumeur fait sourdre un peu de pus. Si on explore le squelette, on trouve que les deux premières côtes ne sont pas sensibles à la pression. Par contre, la douleur se produit quand on appuie sur le cartilage de la première côte. Elle est maximale sur la partie du sternum en contact avec ce cartilage. La tête de la clavicule est également sensible à la pression.

Si on introduit un stylet par l'orifice de la fistule, on ne peut arriver jusqu'à l'os.

Les mouvements du bras provoquent la douleur au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

L'état général est resté bon malgré ces manifestations

successives de tuberculose articulaire ou osseuse. L'examen des poumons ne fait constater que de l'induration des sommets et quelques râles de bronchite.

Cœur. — Normal.

Pas d'albumine dans les urines.

Opération. — 12 avril 1910. — Incision habituelle, section des os à la scie de Gigli. Au niveau du premier cartilage costal, on constate que la lésion s'étend plus loin que la section, et on pratique une seconde section un peu en dehors de la première. L'hémorragie est assez abondante. Au cours du curetage du foyer tuberculeux extra-osseux, la plèvre est légèrement déchirée. Les bords de la déchirure sont suturés entre eux ; il ne se produit aucun incident inquiétant. Curetage du trajet fistuleux de dehors en dedans. Un drain est conduit par la fistule jusqu'au niveau des lésions. Fermeture complète de la plaie.

Examen de la pièce. — La clavicule a été sectionnée près de la partie médiane. Son extrémité interne est ramollie. La coupe transversale montre sur le sternum un foyer d'ostéite un peu moins grand qu'une pièce de 0 fr. 50 rempli de matière caséeuse et ouvert dans l'articulation immédiatement au-dessus de la première côte. Autour de cette petite caverne osseuse existe une zone de sclérose. En regard de celle-ci, sur la face postérieure du sternum, on trouve une exostose ayant à peu près les mêmes dimensions.

Suites opératoires. — Il se fait par le drain un écoulement séro-purulent assez abondant qui oblige à laisser celui-ci en place pendant environ un mois. Cependant, dès le dixième jour, la malade se sert sans difficulté du bras gauche. Actuellement la plaie est à peu près complètement guérie, et

quelques pansements suffiront pour arriver à la guérison complète.

OBSERVATION VIII

T. R..., vingt-trois ans, coiffeur, entré dans le service le 2 mai 1910.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à signaler. Parents morts très âgés d'affection inconnue du malade.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures, si ce n'est une bronchite pour laquelle, il y a trois ans, il resta quinze jours à l'hôpital Cochin. Depuis le malade a maigri et a continué à tousser. Il y a six mois, il fut opéré à Saint-Louis de ganglions cervicaux.

Actuellement, depuis un mois, le malade ressent une douleur au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche. En même temps, il a remarqué que la région augmentait de volume.

La tumeur limitée en bas par le premier espace intercostal remonte en haut le long du sterno-mastoïdien jusqu'à 0 m. 05 environ au-dessus de l'articulation. La fluctuation est très nette. A la pression on trouve une douleur diffuse sur les trois extrémités articulaires, maxima au niveau de l'interligne.

Les mouvements du bras ne sont pas gênés.

Il existe du côté gauche également, trois fistules ganglionnaires sur la région cervicale.

L'examen de l'appareil respiratoire fait constater quelques craquements au sommet gauche.

Le cœur est normal. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Opération. — 6 mai 1910. — Incision angulaire habituelle. Celle-ci passe en pleine tumeur, et donne issue à une petite quantité de pus. On découvre alors la face antérieure de l'articulation. A sa partie supérieure existe un orifice par lequel celle-ci communique avec l'abcès superficiel. La clavicule qui paraît saine est sectionnée près du ligament costo-claviculaire. Sections ordinaires des deux autres os.

On profite de l'anesthésie, à la fin de l'opération, pour curetter les trajets fistuleux cervicaux.

Examen de la pièce. — On en fait la coupe transversale, on trouve alors sur le sternum entre la clavicule et le premier cartilage, un foyer rougeâtre des dimensions d'une lentille, de consistance molle, se laissant entamer par la pince. Pas d'autres lésions appréciables.

Suites opératoires. — Le malade a une légère hémoptysie trois jours après l'opération, la température monte à 39 degrés. L'apyrexie est complète dès le sixième jour. Le drain a été enlevé quarante-huit heures après l'opération et le malade sort complètement guéri quinze jours après.

CONCLUSIONS

I. — L'arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire est une affection rare qui se rencontre le plus souvent chez l'adulte, seule ou associée à d'autres manifestations tuberculeuses.

II. — Le point de départ de l'arthrite réside sur l'un des trois os qui concourent à la formation de l'articulation : c'est une ostéite tuberculeuse sternale, claviculaire ou costale (premier cartilage) ouverte dans l'articulation. Secondairement il y a formation d'un abcès froid sous-cutané qui siège le plus souvent en avant de l'articulation, mais peut fuser en dehors le long du grand pectoral ; en haut le long du sterno-mastoïdien ; ou rarement en arrière dans le médiastin.

III. — Les signes principaux de cette affection sont : la douleur spontanée, locale ou irradiée ; la douleur provoquée par la pression sur une ou plusieurs des trois extrémités articulaires ; la constatation de la tumeur, l'absence de réaction générale.

IV. — Le traitement doit consister dans la résection de l'articulation malade. A ce propos, on se rap-

pellera que le premier cartilage costal fait partie de l'articulation et il devra être enlevé avec elle.

V. — La résection sera faite en un seul bloc, sans ouvrir l'articulation, ce qui permet de rendre l'opération plus facile, plus rapide, plus complète, et de diminuer les chances de propagation tuberculeuse.

Après incision curviligne au-devant de l'articulation et dissection du lambeau cutané, on fera trois sections osseuses qui porteront :

- 1° Sur l'extrémité interne de la clavicule ;
- 2° Sur le manubrium sternal entre la fourchette et le premier espace intercostal ;
- 3° Sur le premier cartilage costal. On aura ainsi enlevé en bloc toutes les parties malades.

La guérison locale sera ainsi assurée dans le minimum de temps.

L'impotence fonctionnelle du membre supérieur du côté opéré est légère, et n'existe que pendant quelques jours. Le malade récupère très rapidement tous les mouvements qu'il exécute sans la moindre gêne.

Vu : le Président de la thèse

SEGOND

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Breittmann.* — Arthrite fongueuse sterno-claviculaire. Thèse de Paris, 1892.
- Folladosa.* — Tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire. Thèse de Paris, 1894.
- Hendrix.* — De la Résection des articulations tuberculeuses. Polyclinique. Bruxelles, 1897.
- Kahn.* — Tuberculose claviculaire. Résection sous-périostée. Paris, 1900.
- Lannelongue.* — Tuberculose de la clavicule et du sternum. Bulletin médical, 1890.
— Bulletin médical, 1892.
- Le Dentu.* — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1882.
- Le Dentu et Delbet.* — Traité de Chirurgie.
- Morestin.* — Chirurgie des Articulations. Paris, 1907.
- Poirier.* — Traité d'Anatomie.
- Piqué et Mauclaire.* — Traité de Chirurgie, t. II.
- Proust, Tixier, Lecène.* — Précis de Pathologie chirurgicale.
- Ricord.* — Thèse de Paris, 1881.
- Reymond (E.).* — Congrès international de Médecine. Budapest, 1909.

